

Отказ от медицинского вмешательства

В соответствии со статьей 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ

Я, _____

(Фамилия, имя, отчество пациента полностью)

" " _____ г. рождения,

зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства пациента либо законного представителя)

Эта часть бланка заполняется только законным представителем пациента¹:

Я, _____

(Фамилия, имя, отчество законного представителя пациента полностью)

зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства законного представителя пациента)

являюсь законным представителем _____

(ФИО пациента)

(реквизиты документа, подтверждающего права законного представителя)

при оказании мне, (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинской помощи в Обществе с ограниченной ответственностью «ЭрСпей» отказываюсь или требую прекратить:

(указать наименование вида медицинского вмешательства)

- Мне, медицинским работником полностью и в доступной форме для меня форме разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния), характер и цели предложенного вмешательства, а также все возможные альтернативы такому вмешательству.

- Мною полностью понятны и осознаны возможные отрицательные последствия отказа от медицинского вмешательства, прекращения медицинского вмешательства, вплоть до летального (смертельного) исхода, если вышеуказанное медицинское вмешательство не будет проведено.

- Я понимаю и осознаю, что у меня есть право делать выбор в отношении видов медицинских вмешательств и каждый выбор имеет свои последствия.

- Мне было предоставлено достаточно времени для ознакомления, обдумывания и принятия решения.

- Я подтверждаю, что прочитал(-а) и понял (-а) все вышеизложенное, имел (-а) возможность обсудить с медицинским работником все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с вышеуказанным медицинским вмешательством и отказом от него. На все заданные вопросы я получил (-а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к медицинскому работнику.

- Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинских вмешательств.

- Мой отказ от медицинского вмешательства (медицинских вмешательств), прекращения медицинского вмешательства является добровольным, осознанным, я не испытывал (-а) какого-либо давления при принятии решения о нем.

(подпись)

(Ф.И.О. пациента или законного представителя пациента)

Пациент (законный представитель пациента) расписался в моем присутствии, до подписания настоящего отказа я разъяснил пациенту (законному представителю пациента) возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния), характер и цели предложенного вмешательства, а также все возможные альтернативы такому медицинскому вмешательству.

(подпись)

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

Дата оформления « ____ » _____ 20 ____

¹ В соответствии с частями 3 и 7 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» отказ от медицинского вмешательства в отношении лица, не достигшего 15-летнего возраста или лица, больного наркоманией, не достигшего 16-летнего возраста, подписывает один из родителей или иной законный представитель (опекун, попечитель, усыновитель); в отношении лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно отказаться от медицинского вмешательства, отказ от медицинского вмешательства подписывает опекун.